



**Sociedad Argentina  
de Hematología**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FORMAR PARTE DEL  
REGISTRO ARGENTINO DE ENFERMEDADES HEMATOLOGÍCAS (RAEH)  
DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGÍA.**

**Consentimiento para Pacientes Mayores de 18 años**

**Título del Protocolo:** *Registro Argentino de Enfermedades Hematológicas (RAEH).*

Registro de \_\_\_\_\_

Proyecto de investigación clínico epidemiológico

Lugar de realización: Sociedad Argentina de Hematología y Centros participantes.

Coordinador General: Juan Dupont – Alicia Enrico

Coordinadores del Registro: \_\_\_\_\_

He sido informado por el Dr. \_\_\_\_\_ que los datos concernientes a mi enfermedad pueden ser útiles para el avance del conocimiento científico y para generar mejores estrategias de tratamiento. También se me ha informado que la Sociedad Argentina de Hematología recolectará esos datos para su análisis epidemiológico y clínico. Se me ha asegurado que los datos son confidenciales y que sólo un código figurará en esos datos. También he comprendido que los datos sólo serán analizados con fines científicos, y que ningún tercero podrá acceder a mi identidad y que se han tomado los recaudos para garantizar la seguridad del sistema.

Por lo tanto, yo, \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_, consiento que mis datos sean utilizados con fines científicos por la Sociedad Argentina de Hematología, y reservo el derecho de retirarlos al momento que así lo decida.

Fecha y lugar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de testigo

**El original será guardado en documento fuente de los datos (historia clínica) y una copia será entregada al paciente.**